Spedizione in abbonamento postale
Legge 662/96, art. 2, comma 20/c - Filiale di Padova
In caso di mancato recapito inviare
al detentore del conto, per la restituzione al mittente
che si impegna a pagare la relativa tariffa

I° Supplemento ordinario al Bollettino Ufficiale n. 12
del 21 marzo 2001

S.O. N. 6

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA
REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA

TRIESTE, 26 marzo 2001 **L. 5.000 - Euro 2,58**

DIREZIONE E REDAZIONE: PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - TRIESTE - PIAZZA UNITÀ D'ITALIA, 1 - TEL. 3773607

AMMINISTRAZIONE: SERVIZIO DEL PROVVEDITORATO - TRIESTE - VIA CARDUCCI, 6 - TEL. 3772037

Il «Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia» si pubblica di regola il mercoledì; nel caso di festività la pubblicazione avviene il primo giorno feriale successivo. La suddivisione in parti, l'individuazione degli atti oggetto di pubblicazione, le modalità ed i termini delle richieste di inserzione e delle relative pubblicazioni sono contenuti nelle norme regolamentari emanate con decreto del Presidente della Giunta 8 febbraio 1982, n. 043/Pres., pubblicato in B.U.R. 17 marzo 1982, n. 26, modificato con D.P.G.R. 7 ottobre 1991, n. 0494/Pres., pubblicato in B.U.R. 10 marzo 1992, n. 33 e con D.P.G.R. 23 dicembre 1991, n. 0627/Pres., pubblicato in B.U.R. n. 50 del 22 aprile 1992. Per quanto in esse non previsto si applicano le norme statali o regionali in materia di pubblicità degli atti.

La versione integrale dei testi contenuti nel Bollettino Ufficiale è consultabile gratuitamente, a partire dal Bollettino Ufficiale della Regione n. 11 del 17 marzo 1999, sul seguente sito Internet della Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia:

http://www.regione.fvg.it

L'archivio relativo ai numeri dall'aprile 1998 al marzo 1999 propone il sommario delle singole parti di cui è composto il Bollettino stesso e relativi supplementi.
La riproduzione del Bollettino sul sito Internet ha carattere meramente informativo ed è, pertanto, priva di valore giuridico.

SOMMARIO

PARTE PRIMA
LEGGI, REGOLAMENTI E ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 9 marzo 2001, n. 712.

Legge 833/1978, articolo 26. Adeguamento rette per prestazioni di riabilitazione e approvazione linee guida «Regole d'accesso e controllo per l'attività di riabilitazione ospedaliera ed extra-ospedaliera».

pag. 3522

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 9 marzo 2001, n. 713.

D.M. 22 luglio 1996. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Approvazione del tariffario regionale, valido a decorrere dall'1 aprile 2001, per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio.

pag. 3534

PARTE PRIMA

LEGGI, REGOLAMENTI E ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 9 marzo 2001, n. 712.

Legge 833/1978, articolo 26. Adeguamento rette per prestazioni di riabilitazione e approvazione linee guida «Regole d'accesso e controllo per l'attività di riabilitazione ospedaliera ed extra-ospedaliera».

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che, ai sensi dell'articolo 26, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le Aziende per i servizi sanitari erogano «Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa (...)», direttamente o mediante convenzioni con istituti aventi i requisiti previsti dalla legge;

ATTESO che, nelle more della ridefinizione della rete di riabilitazione regionale - da attuarsi tenendo conto delle linee guida per le attività di riabilitazione, di cui al provvedimento 7 maggio 1998, della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nonché delle disposizioni regionali, in materia di autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie e di accreditamento istituzionale, attuative degli articoli 8-ter e 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni - permane il convenzionamento di cui al su citato primo comma dell'articolo 26 della legge n. 833/1978;

ATTESO, altresì, che, nelle more dell'emanazione del Piano della riabilitazione regionale e della definizione della relativa offerta, i trattamenti erogabili sono quelli indicati nella deliberazione giuntale 29 agosto 1997, n. 2565;

ATTESO, ancora, che l'approvazione del Piano anzidetto consentirà di definire, in modo specifico, i livelli di intervento riabilitativo, differenziabili per intensità di trattamento e per strutture erogatrici, con conseguente, eventuale articolazione dei rispettivi importi tariffari applicabili;

CONSTATATO che l'ammontare delle rette per le prestazioni sanitarie in argomento sono state fissate, per l'anno 1997, con la precitata D.G.R. n. 2565/1997, nelle misure sottoindicate, rimaste, da tale anno, invariate:

TRATTAMENTI	RETTE
Internato	Lire 174.200
Seminternato	Lire 105.750
Ambulatoriale ed extramurale (individuale)	Lire 64.400
Ambulatoriale ed extramurale (piccolo gruppo)	Lire 22.700
Domiciliare	Lire 83.000
Ricovero in internato per gravi	Lire 226.400
Ricovero in seminternato per gravi	Lire 137.500

RITENUTO, quindi, di procedere, a decorrere dal 1° gennaio 2001, all'adeguamento delle rette innanzi elencate, vigenti dal 1997, incrementandole nella misura dell'undici per cento, pari al recupero del tasso d'inflazione programmato, previsto dalle linee guida per la gestione del Servizio sanitario regionale 1998-2001, e di riconoscere, altresì, l'importo di lire 1.000.000.000 (un miliardo), a ristoro del mancato adeguamento delle rette nel triennio 1998-2000, quale somma omnicomprensiva dei maggiori costi del personale e di produzione, sostenuti dalle strutture erogatrici in detto periodo;

RITENUTO, inoltre, di approvare, nelle more dell'adozione del Piano della riabilitazione regionale il documento, allegato al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante, recante le linee guida regionali «Regole d'accesso e controllo per l'attività di riabilitazione ospedaliera ed extra-ospedaliera», predisposto, dall'apposita Commissione tecnica per l'attività riabilitativa e approvato, dalla Conferenza dei Direttori generali il 10 giugno 1999;

SU PROPOSTA dell'Assessore regionale alla sanità e alle politiche sociali,

all'unanimità,

DELIBERA

1. Di adeguare, per i motivi esposti in narrativa, a decorrere dal 1° gennaio 2001, le rette inerenti alle prestazioni di riabilitazione, di cui al primo comma, dell'articolo 26, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nelle seguenti misure:

TRATTAMENTI	RETTE	
Internato	Lire 193.400	(Euro 99.88)
Seminternato	Lire 117.400	(Euro 60.63)
Ambulatoriale ed extramurale (individuale)	Lire 71.500	(Euro 36.93)
Ambulatoriale ed extramurale (piccolo gruppo)	Lire 25.200	(Euro 13.01)

Domiciliare	Lire 92.100 (Euro 47.57)
Ricovero in internato per gravi	Lire 251.300 (Euro 129.79)
Ricovero in seminternato per gravi	Lire 152.600 (Euro 78.81)

2. Di riconoscere l'importo forfetario di lire 1.000.000.000 (un miliardo), a ristoro del mancato adeguamento delle rette per le prestazioni di riabilitazione, nel triennio 1998-2000, quale somma omnicomprensiva dei maggiori costi del personale e di produzione sostenuti, dalle strutture erogatrici, in detto periodo.

3. Di approvare il documento recante le linee-guida «Regole d'accesso e controllo per l'attività di riabilitazione ospedaliera ex extra-ospedaliera», allegato al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante.

4. Di demandare, all'Agenzia regionale della sanità, il compito di definire gli importi da assegnare, alle singole strutture sanitarie riabilitative convenzionate, fino al raggiungimento dell'importo indicato sub 2), in proporzione all'attività fatturata, per conto del Servizio sanitario regionale, nel triennio 1998-2000.

5. La spesa derivante dal disposto di cui al punto 1. fa carico alle risorse regionali a finanziamento della gestione di parte corrente, del Servizio sanitario regionale, a decorrere dall'anno 2001; quella derivante dal disposto di cui al punto 2. fa carico alle medesime risorse regionali, di competenza dell'anno 2001.

IL PRESIDENTE: ANTONIONE

IL SEGRETARIO: BELLAROSA

REGOLE D'ACCESSO E CONTROLLO PER L'ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA ED EXTRA-OSPEDALIERA

LINEE GUIDA

Proposta di regole d'accesso e controllo per l'attività di riabilitazione ospedaliera ed extra-ospedaliera

Premessa

Il decreto legislativo 502/1992 prevede un percorso completo incentrato sull'accreditamento delle strutture pubbliche e private erogatrici di prestazioni sanitarie fondato su:

- definizione, di volumi e tipologie di attività in coerenza con i livelli uniformi di assistenza, con gli indirizzi di pianificazione regionale, don la programmazione attuativa delle Aziende sanitarie locali in base ai fabbisogni specifici, in un quadro complessivo di risorse disponibili;
- centralità nel processo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta;
- definizione e verifica dei requisiti quanto-qualitativi delle strutture;
- libera scelta da parte dei cittadini;
- remunerazione delle strutture a prestazione;
- contratti tra acquirenti e produttori.

Se questo percorso, appena avviato nel Servizio sanitario nazionale, presenta problemi di non facile soluzione anche per altri livelli di assistenza (es. territoriale ed ospedaliera per acuti), appare ancora più complesso per la riabilitazione dove c'è necessità di ulteriori approfondimenti per quanto riguarda i contenuti specifici di tale attività, le modalità d'accesso, l'appropriato livello di erogazione, i requisiti delle strutture, una soddisfacente classificazione dei pazienti e l'adeguato riconoscimento tariffario delle prestazioni.

Le linee-guida messe a punto dal Ministero della sanità, recentemente pubblicate (Gazzetta Ufficiale n. 124 del 30 maggio 1998), propongono un quadro di riferimento che dovrà ispirare la normativa regionale, in un'ottica di continuità del percorso riabilitativo da assicurare attraverso la rete dei servizi ospedalieri ed extraospedalieri.

Allo stato attuale dunque non ci sono le condizioni per definire, per il 1999, quadri di riferimento diversi da quelli in atto, oltre a tutto differenziati per la realtà riabilitativa ospedaliera e per quella extraospedaliera ex articolo 26.

Nel primo caso, infatti, l'attività è sottoposta alle specifiche regole della programmazione e della tariffazione e controllo dei ricoveri ospedalieri annualmente prodotte a seguito dell'applicazione del decreto legislativo 502/1992, mentre la riabilitazione ex articolo 26 vede ancora come riferimento, il rapporto convenzionale, di cui al D.M. 18 maggio 1985, con gli eventuali aggiornamenti via via intervenuti, in un regime di accreditamento provvisorio.

Il documento che segue si limita quindi ad affrontare, separatamente per i due diversi contesti, gli aspetti delle regole concordate tra produttori ed acquirenti per le modalità di accesso e di controllo delle prestazioni valide per l'anno in corso.

Se questo rappresenta il «minimo comune denominatore» per garantire trasparenza ed equità su tutto il territorio regionale, ulteriori e più precisi accordi, purché concordati tra le parti, possono intervenire tra erogatori ed aziende sanitarie sia in relazione a volumi e tipologie

di prestazioni erogate, comunque, nell'ambito dei tetti di spesa programmati, sia, ove possibile, in relazione all'introduzione di protocolli diagnostici e/o terapeutici volti a migliorare la qualità ed appropriatezza delle prestazioni.

In attesa dei provvedimenti nazionali e regionali di definizione dei criteri di appropriatezza e di messa a punto delle procedure di controllo dei risultati e di qualità dell'assistenza mediante protocolli scientifici diagnostico-terapeutici e comportamentali, sembra opportuno l'avvio di un confronto paritetico tra Aziende per i servizi sanitari e produttori su protocolli condivisi che, ove possibile definiscano la patologia, il tipo di disturbo, la sua gravità, la sua modificabilità, ed i conseguenti bisogni riabilitativi espressi in termini di trattamento e durata necessaria per il conseguimento delle possibili modificazioni.

Con l'avvio di tale confronto si ritiene che sarà ridotta al minimo la possibile divergenza tecnica tra specialisti delle strutture e specialisti dell'Azienda per i servizi sanitari in relazione ai singoli casi.

Tali protocolli costituiranno inoltre un utile punto di riferimento per gli obiettivi indicati nelle già citate Linee-guida.

A - Riabilitazione ospedaliera

La seguente proposta si applica alle strutture di cui all'allegato 6 della delibera di Giunta regionale 23 gennaio 1998, n. 164, ad esclusione dell'attività riabilitativa riguardante i pazienti con menomazioni/disabilità da mielolesioni o da gravi cerebrolesioni acquisite, in quanto afferenti al 3° livello riabilitativo, per il quale è già stato approvato un apposito piano organizzativo (delibera di Giunta regionale n. 4965 del 31 ottobre 1996).

1 - Accesso alle prestazioni

Al fine di ottenere un continuo miglioramento nell'appropriatezza dei ricoveri per riabilitazione, si identifica nel fisiatra il medico specialista competente nell'individuare i pazienti che, per condizioni di menomazioni/disabilità in atto, possono giovarsi di un efficace trattamento riabilitativo in ambito di degenza ospedaliera. Il fisiatra dipendente dal Servizio sanitario nazionale, quindi, valuta i casi per cui viene proposto il ricovero, avvalendosi anche di opportuna scheda di rilevamento della condizione clinica del paziente che giustifica le degenza. Per i pazienti ricoverati presso presidi ospedalieri extra-regionali o in presidi ospedalieri privati regionali ed in attesa di trasferimento nelle strutture riabilitative ospedaliere regionali, per garantire la continuità del processo assistenziale la responsabilità della valutazione ed accettazione è a carico dello specialista fisiatra dell'Unità operativa di accoglimento.

2 - Validazione della casistica

Le attività di riabilitazione in degenza ospedaliera sono volte ad assistere individui di tutte le età nel recupero funzionale di menomazioni e disabilità indifferibili e recuperabili che necessitano di interventi valutativi e terapeutici intensivi non erogabili in ambito extra-ospedaliero.

Le specifiche patologie che possono necessitare di riabilitazione mediante degenza in ambiente ospedaliero specialistico sono schematicamente suddivisibili in:

- malattie del sistema nervoso centrale e periferico (ad eziologia vascolare demielinizzante, neoplastica, degenerativa, flogistica, metabolica);
- patologia traumatologica;
- artroprotesi d'anca e ginocchio (elettivamente per la rieducazione alla stazione eretta ed al cammino);
- amputazioni di coscia e gamba;
- patologia cardio-respiratoria e viscerale;
- sindrome da immobilizzazione, conseguente a recenti episodi patologici acuti, in pazienti anziani con pluripatologie che necessitano di una tutela medica ed interventi di nursing ad elevata specificità nell'arco delle 24 ore, e che può realisticamente giovarsi di un programma terapeutico mirato al raggiungimento di un obiettivo riabilitativo specifico.

3 - Controlli

Si indicano di seguito gli aspetti specifici su cui può essere valutata l'appropriatezza del ricovero riabilitativo, senza tuttavia entrare nel merito delle modalità pratiche con cui le Aziende vorranno effettuare tali controlli né potendo, per il momento, fornire indicatori di riferimento.

Va comunque precisato che per i ricoveri in riabilitazione non può essere utilizzato il P.R.U.O., strumento specificamente costruito e validato per la valutazione dei ricoveri «acuti».

Contenuti dei controlli:

- corrispondenza della casistica alle patologie indicate;
- registrazione precisa, in cartella clinica, del programma e percorso riabilitativo (in particolare devono risultare segnalate le giornate in cui è stata effettuata la terapia riabilitativa);
- valutazione funzionale all'ingresso ed alla dimissione misurata mediante scala di disabilità standardizzata (a livello di struttura);
- tempo medio di degenza indicativo entro 40 giorni;

- controllo delle degenze che superano la durata media (a livello di struttura).

4 - Contenzioso

L'eventuale contenzioso suscitato da divergenze tecniche verrà riportato, per la sua definizione, in sede di Direzione sanitaria dell'Azienda di ubicazione della struttura.

B - Riabilitazione extra-ospedaliera ex articolo 26

Gli Istituti e Centri di recupero e riabilitazione (IDR e CDR) provvisoriamente accreditati, sono presidi sanitari extra-ospedalieri destinati al recupero funzionale trarnite prestazioni riabilitative e diagnostiche finalizzate, con interventi di norma interdisciplinari, che assicurano la presa in carico del soggetto. Le prestazioni sono erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale domiciliare ed extra-murale ed assicurano la personalizzazione dell'intervento per raggiungere il più alto livello possibile di autonomia funzionale del soggetto e farlo ritornare persona attiva nel proprio ambiente familiare, scolastico, lavorativo, sociale.

Vengono escluse le menornazioni e disabilità transitorie e minimali richiedenti un ciclo terapeutico semplice e breve senza individuazione di un progetto riabilitativo individuale (piano personalizzato di intervento) ed una presa in carico del soggetto utente; in particolare, per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, quanto previsto dal D.M. del 22 luglio 1996 (prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe).

1 - Casistica

Accedono ai CDR e IDR soggetti in età evolutiva affetti da:

- disabilità fisiche per esiti di paralisi cerebrale infantile e di traumi cranico encefalici, per sindromi dismorfiche, per distrofie muscolari e neuromuscolari;
- disabiltà psicomentali per danni encefalici stabilizzati o evolutivi (malattie dismetaboliche o somiche), per malattia epilettica per disturbi intellettivi settoriali;
- disturbi emozionali e di relazione, quando configurano rischio psicopatologico;
- disturbi sensoriali e neurosensoriali, in particolare visivi, complessi e disturbi della comunicazione di origine centrale.

Per quanto riguarda l'età adulta, si fa riferimento alla casistica già indicata per la riabilitazione ospedaliera (punto 2) ad eccezione dell'ultimo punto.

2 - Accesso alle prestazioni

2.1 Prescrizione

- L'utente, nel rispetto della libera scelta, viene avviato alla struttura specialistica attraverso una richiesta di visita specialistica di accertamento formulata dal MMG o dal PDB mediante il ricettario regionale.
- Lo specialista, pubblico o privato temporaneamente accreditato, formula una valutazione diagnostico/prognostica che deve contenere: la diagnosi, la valutazione funzionale e la prescrizione del piano personalizzato d'intervento.
- Il piano personalizzato d'intervento deve contenere:
  - i dati anagrafici;
  - la tipologia del trattamento riabilitativo (degenza a tempo pieno, degenza diurna - con l'indicazione dell'eventuale regime differenziato in ragione del quadro patologico e dell'onerosità riabilitativa-ambulatoriale, domiciliare, extra-murale);
  - la modalità d'intervento con l'indicazione dei settori di riabilitazione coinvolti e degli interventi proposti;
  - l'indicazione di eventuali esami strumentali;
  - l'indicazione di eventuale utilizzo di ortesi, ausili e protesi;
  - il periodo presumibilmente necessario a realizzare detto piano (numero di giorni o di sedute ambulatoriali), con l'indicazione della frequenza;
  - il motivo degli interventi proposti;
  - gli obiettivi che si vogliono raggiungere;
  - eventuali note descrittive ad ulteriore supporto degli elementi sopra descritti.
- Ai fini della suddetta valutazione, lo specialista può prescrivere, se il caso, brevi periodi di osservazione che non possono superare le 10-15 sedute di prestazioni ambulatoriali (cicli brevi).

2.2 Autorizzazione

- Con la suddetta prescrizione l'utente può rivolgersi per il trattamento riabilitativo ad un CDR o IDR pubblico o privato provvisoriamente accreditato; nel primo caso l'accesso è diretto, senza necessità di ulteriore autorizzazione, nel secondo, viene rilasciata, dall'Azienda di residenza del paziente, l'autorizzazione al trattamento riabilititivo mediante impegnativa.
- Ai fini dell'emissione dell'impegnativa, il piano personalizzato di intervento di cui al precedente punto 2.1 deve essere validato dallo specialista dell'Azienda per i servizi sanitari.

- Lo specialista dell'Azienda per i servizi sanitari può effettuare osservazioni al piano di intervento e può proporre eventuali modifiche e/o integrazioni, per arrivare ad una valutazione concordata, ma senza modificarlo in modo unilaterale.
- Qualora i due specialisti, non addivenissero ad una rivalutazione concordata del piano personalizzato di intervento, la divergenza tecnica ai fini della sua definizione verrà riportata in sede di Direzione sanitaria dell'Azienda per i servizi sanitari, quale garante dei livelli di assistenza sanitaria erogata nei confronti della propria popolazione.
- Il tempo intercorrente fra la trasmissione del piano personalizzato all'Azienda per i servizi sanitari di competenza, la validazione e l'emissione dell'impegnativa, di norma dovrebbe essere contenuto entro i 10 giorni.

2.3 Chiusura del trattamento

- All'atto della dimissione o della chiusura del trattamento ambulatoriale, lo specialista della struttura trasmetterà all'Azienda per i servizi sanitari di residenza dell'utente una comunicazione di fine trattamento contenente:
  - dati anagrafici;
  - riferimento all'impegnativa;
  - diagnosi al momento della dimissione;
  - descrizione dei trattamenti praticati (con date di inizio e fine ed eventuali frequenze);
  - valutazione dei risultati conseguiti;
  - eventuali ulteriori osservazioni.
- Lo specialista, inoltre, formula la lettera di dimissione al medico curante.

2.4 Proroga

Qualora, rispetto all'iniziale piano di trattamento autorizzato, si evidenziasse la necessità di prolungare l'assistenza riabilitativa, lo specialista del CDR o IDR privato provvisoriamente accreditato dovrà richiedere l'autorizzazione alla proroga all'Azienda per i servizi sanitari di residenza entro 7-10 prima della scadenza del periodo autorizzato, aggiornando il piano personalizzato di intervento ed esplicitandone la motivazione.

Tale piano dovrà contenere, oltre agli elementi già indicati al precedente punto 2.1, anche i riferimenti alla primitiva autorizzazione e i motivi della richiesta di proroga.

L'autorizzazione alla proroga verrà rilasciata secondo le modalità riportate al precedente punto 2.2.

3 - Validazione e controlli

Premesso che i criteri di valutazione di appropriatezza di un piano riabilitativo dovrebbero per basarsi su elementi quali:

- definizione chiara della casistica pertinente, classificata attraverso sistemi specifici (Classificazione ICDH OMS, nella versione più aggiornata);
- definizione dell'adeguata risposta diagnostico-terapeutica e dei diversi rivelli di possibile erogazione;
- definizione e accreditamento delle diverse «tipologie» di offerta;
- costruzione di progetti di riabilitazione su obbiettivi plurimi, programmati in maniera ordinata che tengano conto, oltre che di menomazione e disabilità, anche di bisogni e aspettative dei soggetti utenti;
- definizione degli esiti desiderati, delle azioni, delle modalità (aree di intervento) e dei tempi per il raggiungimento degli esiti;
- pianificazione dei tempi e modalità di erogazione degli interventi;
- definizione delle misure di esito appropriate per la valutazione e la verifica.

Molti di questi elementi di riferimento sono stati affrontati nell'ambito del processo previsto nelle linee guida ministeriali; alcuni tuttavia, perlomeno nella esigenza della loro chiara esplicitazione, sono indicati nelle procedure concordate. Ci si riferisce in particolare a quanto previsto per la formulazione e condivisione del piano personalizzato d'intervento.

Il rispetto delle procedure concordate costituirà il primo elemento, a livello di struttura, per le verifiche ed i controlli, anche in riferimento, per quanto applicabile, di quanto previsto nelle convenzioni «in prorogatio» di cui al D.M. 18 maggio 1985.

AGENZIA REGIONALE DELLA SANITÀ:
dott. Giulio Borgnolo

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI
N. 2 «ISONTINA»:
dott. Massimo Pellizon

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI
N. 6 «FRIULI OCCIDENTALE»:
dott.ssa Flavia Munari

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI
N. 4 «MEDIO FRIULI»:
dott. Agostino Zampa

A.I.O.P.: prof. Lucio Ercolessi

A.R.I.S.: dott. Marco Terenzi

A.R.I.S.: dott. Franco Bressani

OSPIZIO MARINO DI GRADO:
sig. Gianluca Savino

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 9 marzo 2001, n. 713.

D.M. 22 luglio 1996. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Approvazione del tariffario regionale, valido a decorrere dall'1 aprile 2001, per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio.

LA GIUNTA REGIONALE

RICHIAMATO il decreto ministeriale 22 luglio 1996 e successive modificazioni, integrazioni ed indicazioni applicative, che classifica le prestazioni di assistenza specialistica erogabili dal Servizio sanitario nazionale e determina le relative tariffe nazionali;

RICHIAMATE le deliberazioni della Giunta regionale 18 febbraio 2000, n. 343 e 10 marzo 2000, n. 537 con le quali è stato approvato, con decorrenza 1º aprile 2000, il tariffario regionale per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, per l'anno 2000;

VISTA la deliberazione giuntale 10 novembre 2000, n. 3479 - registrata alla Corte dei conti il 15 gennaio 2001 (Atti della Regione Friuli-Venezia Giulia, Registro 1, foglio 28) - con la quale sono state approvate le «Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2001», che prevede l'assegnazione del finanziamento per quota pro-capite pesata e corretta, alle Aziende per i Servizi Sanitari, per l'attività ambulatoriale, la quale, come per l'anno 2000, viene remunerata a prestazione, secondo le tariffe determinate dalla Regione;

CONSIDERATO che le tariffe ambulatoriali rappresentano il valore massimo di remunerazione corrisposto - al netto della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino (ticket) - dalle Aziende per i servizi sanitari, per le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private temporaneamente accreditate, della regione, nell'ambito dei tetti economici predefiniti e nel rispetto delle direttive impartite tramite le precitate «Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2001»;

ATTESA la necessità di approvare, con decorrenza 1º aprile 2001, il nuovo tariffario regionale per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio - anche ai fini dell'applicazione della quota di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini - da applicare sia alle strutture pubbliche che private temporaneamente accreditate, secondo quanto indicato negli allegati 1-2-3-4-5-6-7-8, facenti parte integrante della presente deliberazione;

CONSIDERATO che la revisione del tariffario ambulatoriale in vigore deriva dall'esigenza di:

- procedere all'incremento generalizzato delle tariffe tenendo conto del recupero inflattivo programmato nella misura del 2%;
- procedere, altresì, all'incremento di specifiche prestazioni inerenti alle branche di radiologia diagnostica, laboratorio e fisiokinesiterapia, derivanti dalla valutazione di costi, metodiche e procedure nonchè dal confronto con i livelli tariffari in vigore nelle altre Regioni;
- prevedere l'introduzione di ulteriori prestazioni erogate, dal Servizio sanitario regionale, tenendo conto delle indicazioni pervenute dalle strutture sanitarie regionali, nonché dell'opportunità di favorire l'erogazione, a livello ambulatoriale, di prestazioni sinora previste, esclusivamente, a livello di ricovero ospedaliero;
- modificare o eliminare prestazioni in base alle indicazioni pervenute dalle strutture sanitarie regionali;

CONFERMATA l'applicabilità della D.G.R. n. 537/2000, innanzi indicata, ai fini della valorizzazione delle prestazioni erogate nei mesi di gennaio, febbraio e marzo 2001;

RITENUTO di riconoscere, anche per il fatturato lordo, prodotto nel primo trimestre 2001, un incremento generalizzato del 3%, in linea con le nuove tariffe, valutato sulla base dei dati affluiti al Sistema informativo regionale dell'Assistenza specialistica ambulatoriale (SIASA) entro il 30 aprile 2001;

RITENUTO di dover fornire, tramite l'allegato 7 al presente provvedimento, indicazioni utili alla corretta codifica e tariffazione delle prestazioni ambulatoriali, per renderne omogenea la registrazione, sulla base dati analitica regionale (SIASA), da parte delle strutture erogatrici, anche al fine del riconoscimento della loro erogabilità, nonché del relativo addebito;

RAVVISATA la necessità di richiamare le direttive e gli ulteriori aggiornamenti sugli sviluppi del SIASA, di cui all'allegato 8, che confermano l'obbligo, per le strutture pubbliche e private, della registrazione analitica anche per le prestazioni che non evidenziano valorizzazione a rimborso per l'erogatore e l'obbligo, per le strutture private, di corrispondenza tra l'aspetto contabi-

le e tecnico-informatico in relazione alla fatturazione e alla relativa documentazione analitica (supporto magnetico) attestante l'avvenuta erogazione;

CONFERMATA l'applicazione del tariffario regionale, per l'attività ambulatoriale, alle prestazioni erogate a pazienti residenti fuori regione, per le quali si procede al recupero finanziario del fatturato, al netto del ticket corrisposto dall'utente, attraverso il meccanismo della compensazione della mobilità sanitaria interregionale;

TUTTO ciò premesso, su proposta dell'Assessore alla sanità e alle politiche sociali,

all'unanimità,

DELIBERA

1. Di approvare, per i motivi esposti in narrativa, il tariffario regionale per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio e le relative modalità di applicazione, di cui agli allegati 1-2-3-4-5-6-7-8, facenti parte integrante della presente deliberazione, rispettivamente, inerenti a:

- tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (allegato 1);
- prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (allegato 2);
- prestazioni modificate o eliminate rispetto al nomenclatore tariffario in vigore nel 2000 (allegato 3);
- prestazioni aggiuntive rispetto al nomenclatore tariffario in vigore nel 2000 (allegato 4);
- prestazioni contrassegnate dalle sigle «RI» ed «R» (allegato 5);
- prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, non più erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (allegato 6);
- indicazioni per la codifica delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (allegato 7);
- sviluppo del sistema informativo regionale della specialistica ambulatoriale (SIASA) (allegato 8).

2. L'anzidetto tariffario entra in vigore il 1º aprile 2001.

3. Per quanto attiene alla remunerazione delle prestazioni erogate nei mesi di gennaio, febbraio e marzo 2001 il fatturato lordo prodotto in tali mesi viene incrementato del 3%, sulla base dei dati affluiti al SIASA, entro il 30 aprile 2001.

4. Il presente provvedimento, corredato dagli allegati 1-2-3-4-5-6-7-8, verrà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione.

IL PRESIDENTE: ANTONIONE
IL SEGRETARIO: BELLAROSA